



Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones
6ta. Generación
2009 – 2010

Reporte de Investigación Final
Para concluir el Programa Académico de la
Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones.

**EFICACIA DE LA TERAPIA DE GRUPO RACIONAL EMOTIVA CON
ESPOSAS DE CONSUMIDORES DE DROGAS CON DEPENDENCIA
AFECTIVA.**

Nombre del alumno:

Lic. Psicología Lucerito del Carmen Sánchez González.

Tutora: Mtra. Eva María Rodríguez Ruiz.

INDICE.

Introducción.....	4
Marco Teórico.....	5
Capítulo I.	
-Teoría y técnica de la terapia Racional Emotiva.....	6
Capítulo II.	
-Psicoterapia de Grupo según la TRE.....	11
Capítulo III.	
- Características de la Dependencia Afectiva....	15
Capítulo IV.	
- Necesidades de tratamiento y estrategias de Afrontamiento.....	19
Justificación.....	20
Relevancia del Estudio.....	21
Planteamiento del Problema.....	21
Objetivo Principal.....	21
Objetivos Específicos.....	21

Método.....	21
Ética y confidencialidad.....	23
Análisis de Resultados.....	24
Discusión y Conclusiones.....	29
Referencias Bibliográficas.....	32
Cronograma.....	33
Anexos.....	34
Anexo I (Cuestionario Pre- Post)	35
Anexo II (Guía de Entrevista)	42
Anexo III (Hoja de Consentimiento).....	44
Anexo IV (Objetivos Grupales).....	46

INTRODUCCIÓN.

Se sabe que el consumo de drogas va en aumento y que en nuestro país hay cerca de 280 mil personas que presentan dependencia a las drogas. Así mismo se sabe el importante papel que juega la familia ante el proceso de recuperación y cómo ciertos patrones repetitivos disfuncionales contribuyen al mantenimiento del síntoma, uno de ellos está vinculado al trastorno dependiente de la personalidad. De acuerdo a la literatura revisada se encuentra que hay muchos trabajos realizados con familiares de usuarios de drogas con codependencia, sin embargo hay poco en relación con personas que presentan un trastorno Dependiente de la personalidad, y su dinámica al combinarse en la interacción con un esposo(a) dependiente a las drogas y cómo dicho trastorno repercute en diferentes áreas de su vida.

Por otra parte se conoce la gran aficción que viven los familiares, esposas, hijos y personas cercanas que además cubren los criterios diagnósticos de trastorno de personalidad dependiente que les es difícil lograr ser asertivos, poner límites, y que a su vez viven violencia, esto hace más difícil su recuperación. Por lo que se considera importante implementar una intervención que les permita identificar patrones más funcionales, fortalecer su estructura psíquica, desarrollar nuevas habilidades que les ayuden a enfrentar y resolver de manera diferente las situaciones de su vida para tener una mejor calidad de vida.

Por lo anterior el presente trabajo tiene como propósito identificar la eficacia de un programa bajo la modalidad cognitivo conductual que permita desarrollar habilidades y cambio de actitudes para disminuir el estrés en el que viven cotidianamente.

MARCO TEORICO.

La terapia de insight con metas reeducativas es aquella cuyos objetivos consisten en promover el conocimiento de los conflictos más conscientes del individuo mediante un esfuerzo deliberado que lo conduzca a lograr un reajuste, una modificación de sus metas y un estilo de vida que satisfaga sus necesidades, permitiéndole de éste modo descubrir y desarrollar sus potencialidades. Busca corregir patrones de conducta alterados y desordenados, con el objeto de ayudar al paciente a utilizar sus recursos para obtener mayores satisfacciones en el trabajo, en sus relaciones interpersonales y en su ajuste social, brindándole explicaciones de su conducta e indicándole cuáles son sus hábitos.

La relación terapeuta paciente está enfocada al logro de una verdadera modificación de actitudes y conducta del paciente, con el fin de promover en él una mayor adaptación a su medio y a la vida en general. El papel del terapeuta consiste en guiar al paciente a través de mostrarle al sujeto la manera en que participa en sus conflictos emocionales y juntos analizar sus actitudes, desordenes conductuales y algunos de los conflictos que los originan, para determinar cómo y por qué se generaron y provocaron esa desadaptación en él. De ésta manera la persona se vuelve capaz de reorganizar sus valores y patrones de conducta; de promover cambios en sus relaciones interpersonales; de lograr una definición más exacta y racional de sus metas; de adquirir nuevos modelos de actuación al suprimir las conductas indeseables; de conseguir un ajuste emocional en las situaciones que no pueden ser modificadas, así como establecer y consolidar defensas adaptativas eliminando las menos adaptativas.

En general, la relación que hay entre paciente y terapeuta es positiva y aprovechable para el tratamiento. La transferencia positiva promueve la mejoría del individuo; cuando se produce una transferencia negativa, es analizada e interpretada como parte del paciente en términos de la situación real.

La duración de la terapia de grupo es variable y puede llevarse a cabo 1 a 2 veces por semana. (González N. 1999)

Existe una variedad considerable de terapias de corte reeducativo para el presente trabajo se utilizó la terapia racional emotiva aplicada al grupo.

TEORÍA Y TÉCNICA DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA (TRE) APLICADA AL GRUPO.

La terapia racional emotiva es fundada por Albert Ellis quien nació en Pittsburgh, Pennsylvania, en 1913.

La terapia racional emotiva parte de la teoría del aprendizaje cognoscitivo y social, hace hincapié en las variables de la personalidad que intervienen en la conducta, pero de manera especial en sus determinantes cognoscitivos. Esta línea teórica subraya el papel del aprendizaje en los seres humanos, afirmando que éste ocurre primero en escenarios sociales para luego ser matizado por los procesos cognoscitivos. A nivel individual, los factores cognoscitivos pueden jugar un papel muy importante en el desarrollo y funcionamiento de la personalidad.

Ellis en 1958 relacionó las estructuras cognoscitivas con los procesos emocionales y de motivación. Éste método postula que se puede ayudar a las personas a llevar una vida más satisfactoria, enseñándoles a organizar y a disciplinar su mente, es decir, enseñándoles a pensar de manera racional.

La premisa fundamental de la psicoterapia racional emotiva es que el pensamiento y la emoción no difieren sino que se complementan en muchos aspectos; por tanto las emociones desordenadas mejorarán al cambiar la forma de pensar. (Ellis 1958, citado en Garfield, 1994).

Para la terapia racional emotiva el solo hecho de explorar y conocer los orígenes de este pensar defectuoso no es suficiente para poder ayudar al individuo a cambiar su conducta, por lo que es necesario fijarse en cómo éste perpetúa su pensamiento irracional y de qué modo puede modificarse.

Ellis afirma que es importante demostrar al paciente cuáles son las principales creencias irracionales que suele seguir, que le genera sufrimiento y desajuste y qué pensamientos más racionales pueden sustituirlas, pues en caso contrario el individuo acabará con otro conjunto de ideas ilógicas.

La terapia racional emotiva subraya la importancia de los valores, al afirmar que la personalidad está constituida en gran parte por creencias, fundamentos o actitudes, plantea que los hombres y las mujeres tienden a actuar de manera sana cuando sus valores están basados en la razón y la experiencia; pero cuando expresan metas y propósitos absolutistas y perfeccionistas tienden a presentar trastornos emocionales. Gran parte de la evidencia obtenida por psicólogos investigadores muestra que los valores influyen de manera significativa en el comportamiento de las personas, por lo que intentar modificarlos produce un cambio directo en la personalidad. (González N. 1999)

Las creencias irracionales son cuestiones de significación personal que se afirman en términos no adaptables en absoluto con respecto al acontecimiento activador; las emociones que se acompañan a este tipo de creencias pueden expresarse como depresión, cólera y culpabilidad. Estas expresiones de emociones perjudiciales que se presentan con valoraciones exageradas, son inadecuadas incluso para un suceso activador negativo, en la medida que en que dificultan el logro de los objetivos personales. Las creencias irracionales contribuyen a la aparición de comportamientos perjudiciales que mantienen o intensifican los problemas, mientras que las racionales promueven conductas útiles para la solución de problemas.

Algunas de las creencias irracionales que producen consecuencias emocionales y conductuales, tanto perturbadoras como perjudiciales en las personas, suelen derivar de una exigencia u obligatoriedad básica. Algunas de las creencias irracionales más frecuentes de acuerdo a Ellis y Harper (1975, citado en Dicaprio, 1989) son las siguientes:

Las personas deben de ser amadas y aprobadas (por todo lo que hacen y no por logros verdaderos) por casi todos los individuos que conocen y encuentran, no caerle bien a los demás implica una debilidad o un defecto.

Hay justificaciones para creer que se es víctima de las circunstancias externas y que no se pueden hacer mucho frente a la suerte de la vida. Muchas de las dificultades humanas tienen su origen en el exterior, y la causa y soporte de la infelicidad está en las cosas mismas y no en el modo de percibir las.

Todos los problemas tienen una solución. Son debilidades el comprometerse a aceptar menos de lo que se desea. Si no se da solución a todos los problemas se es culpable.

Los individuos tienen muy poco control sobre sus propias emociones y sentimientos.

De estos tres debeísmos (deben ser, deberían, etc) emanan tres formas principales de pensamiento irracional. (Ellis y Abrahms, 1980)

1.- Creencias de desolación tremendistas, que ocurren cuando un suceso se valora como malo, al percibirse, dando a la mayoría de las cosas una conclusión exagerada y de carácter mágico que se deriva de la creencia "esto no puede ser tan malo como parece".

2.- Creencias de inquietud e incomodidad por la sensación de no poder soportar algo, lo que significa creer que nunca se podrá experimentar felicidad alguna, bajo

ningún tipo de condiciones, cuando un acontecimiento que no debe pasar ocurre en realidad o amenaza con ocurrir.

3.- Creencias de denigración, que presentan la tendencia humana de clasificarse a uno mismo o a otros como inútiles, si no hacen algo que deberían hacer, como condena puede considerarse que el mundo provee unas condiciones de vida miserables para dar a la persona lo que se merece.

Ellis sustenta que la causa de que el pensamiento falle se encuentra en las creencias y falsas suposiciones no reconocidas, pues cada persona, dentro de su cultura y época las posee. El enfoque racional de la vida requiere estar consciente de estos constructos y contrarrestarlos.

Según Ellis y Abrahms (1980) las emociones siguen a los conocimientos. Una actividad cognoscitiva disfuncional desencadenará reacciones emocionales desadaptativas que ocasionarán una conducta fallida.

Ellis y Harper (1975) introducen el concepto de oraciones no expresadas para designar aquellas suposiciones, valores o expectativas de las que la persona no se percata. Las verbalizaciones internas, son inconscientes, lo que impide que la persona pueda manejarlo, de ésta manera actúa basándose solo en información parcial o distorsionada, respondiendo con frecuencia a situaciones de manera automática, sin percibir las.

TEORÍA A – B - C DE LA TRE.

Albert Ellis utilizó una estructura para conceptualizar los problemas psicológicos de sus pacientes: el A – B -- C.

El punto A (experiencia activante) simboliza los acontecimientos desencadenantes o activadores, “B” (creencias irracionales o absolutistas) representa la creencia de la persona con respecto de esos acontecimientos, y “C” (consecuencia emocional) denota las respuestas emocionales y conductas que son consecuencias derivadas de las creencias y valoraciones de B.

La teoría racional emotiva afirma que en el fondo de una alteración psicológica existe la tendencia en los seres humanos a realizar evaluaciones de carácter absoluto sobre los hechos que se van percibiendo a lo largo de la vida, las cuales se verbalizan en forma de debeísmos. La TRE sostiene que estas cogniciones absolutistas son el rasgo principal de las alteraciones emocionales y conductuales.

Para la TRE es común que una filosofía absolutista conduzca a una alteración, por ello la terapia adopta una posición antiabsolutista, incluso dentro de la concepción de la naturaleza de una alteración humana. De acuerdo a lo anterior, si las personas se adhieren a una filosofía de obligaciones tenderán a arribar a conclusiones irracionales, derivadas de los *debo* y *tengo que*. (González N. 1999)

Ellis menciona que si la percepción e interpretación que hace una persona de un acontecimiento es incorrecta, la experiencia emocional puede resultar inapropiada. Las más comunes son:

Sobregeneralización.

Se refiere a extraer una conclusión injustificable de una cosa sencilla. Las denominaciones verbales fallidas pueden ser la fuente de ésta, ya que al nombrar o calificar un acontecimiento de manera incorrecta se reacciona a la situación conforme al dictado de la denominación inicial.

Pensamiento Todo Nada.

Otro error común es separar los acontecimientos en clases de “todo o nada”. Hay algunos grados de verdad, de deseo, de justicia, y otros por los que no de manera obligada debe ser “todo o nada”. Los procesos de evaluación necesitan reflejar la dimensión de las cosas.

Descripción e interpretación en lugar de descripción.

El proceso de percepción incluye la interpretación; sin embargo los elementos cognoscitivos que agregan pueden distorsionarla al grado de convertirla en una interpretación más que en una percepción. Ellis distingue entre interpretar y manifestar; al describir la persona es más objetiva pues está libre de valores, experiencias previas o expectativas que intervienen en la interpretación. Cuando un individuo se describe dando un juicio de valor, en realidad se está interpretando al no manifestar su yo de manera objetiva. La anomalía consiste en dejarse influir por interpretaciones distorsionadas, más que por descripciones objetivas y racionales.

Correlación confundida con causalidad.

Consiste en que dos cosas ocurrieron juntas o una después de la otra, se relacionen como causa y efecto. Una forma común del pensamiento correlacionado es culparse a sí mismo por no tener suficiente control de las circunstancias para prevenir o evitar problemas. Al experimentar un estado

emocional desagradable como resultado de un problema no resuelto, la persona puede culparse aunque en realidad no tenga control sobre la situación; quizá suponga (sin reconocerlo) que siempre está controlando sus circunstancias y por lo tanto se culpa de modo innecesario cuando las cosas van mal.

La TRE considera que las personas sanas en el aspecto psicológico poseen el rasgo principal de una filosofía relativista que reconoce que los seres humanos tienen una gran variedad de deseos, anhelos, etc, pero si estos valores se convirtieran en dogmas e imposiciones sería probable que adquirieran una alteración psicológica. Una persona sana puede experimentar emociones negativas apropiadas, como tristeza, desilusión y dolor cuando no ve cumplidos sus deseos; sin embargo, estas emociones tienen una motivación constructiva ya que ayudan a superar los obstáculos para conseguir metas y adaptarse de manera positiva.

La filosofía del deseo tiene tres derivaciones, consideradas racionales por ayudar a la persona a alcanzar sus metas o crear nuevas, cuando las anteriores no pudieron alcanzarse. Estas derivaciones se describen a continuación:

Evaluar o analizar lo negativo, que es lo contrario a la creencia de desolación o tremendistas. Cuando una persona no consigue lo que quiere, reconocer la parte mala al evaluarla en un continuo que va del cero a 100%, pero sin caer en una valoración irreal y no todas las consecuencias de nuestra conducta son de cero.

Tolerancia, es la alternativa racional a las creencias de inquietud debidas a la incomodidad o a la sensación de no poder soportar algo. En éste caso la persona reconoce que ha sucedido un acontecimiento no deseable, sabiendo que era posible que ocurriera. Sitúa el acontecimiento en un continuo de valoración para determinar que tan malo fue y procura cambiar el suceso indeseable o aceptar la realidad si no la puede modificar, para empezar a perseguir otra.

Aceptación. Es la alternativa racional a las creencias de denigración. La persona acepta que tanto ella misma como los demás pueden fallar, que los seres humanos tienen limitaciones; se aceptan las condiciones de vida tal y como son. Para la filosofía racional, una persona debe asumir que todo lo que existe debe existir pero con el conocimiento de que no tiene por que existir para siempre; se incita a la persona a hacer intentos para cambiar la realidad puesto que quien se resigna a una situación, no suele intentar modificarla. González N. (1999)

La TRE adopta la terapia cognoscitivo persuasiva o la educación emocional como uno de sus métodos esenciales, utilizando procedimientos emotivos y conductuales.

Ellis afirma que pensando de manera correcta es un excelente medio para adquirir un control emocional, es decir es posible controlar las reacciones emocionales no deseables pensando con claridad, ya que esto conduce a emociones sanas. La ignorancia y los errores de apreciación bloquean el pensamiento y producen estados graves en la vida emocional ya sea de hiperemocionalidad o hipoemocionalidad.

CAMBIO TERAPÉUTICO.

Para medir el cambio de la personalidad, la TRE enfatiza que la meta de su terapia es ayudar a las personas a estar mejor y no solo a sentirse mejor. Existen varios niveles de cambio, y la teoría racional emotiva afirma que los cambios más duraderos que pueden producir los individuos son aquellos que incluyen una reestructuración de las creencias irracionales. El cambio a este nivel puede ser específico o general: el específico significa que los individuos modifican sus exigencias absolutistas irracionales (los debo y tengo que) por preferencias relativas racionales en una situación concreta; el cambio filosófico general, supone que la persona adopta una actitud no devota hacia los acontecimientos vitales en general. (González N. 1999)

Para lograr un cambio a cualquier nivel, es necesario que las personas se den cuenta de que ellas mismas crean sus propias perturbaciones psicológicas y que por tanto tienen la capacidad de cambiarlas de manera significativa, que comprendan que sus alteraciones emocionales y conductuales, por lo general provienen de creencias irracionales y absolutista, volviéndose entonces necesario detectarlas y refutarlas usando métodos lógico-empíricos, que trabajen para interiorizar sus nuevas creencias racionales, empleando métodos de cambio cognoscitivos, emotivos y conductuales.

PSICOTERAPIA DE GRUPO SEGÚN LA TRE.

Para abordar la terapia de grupo, la TRE se apoya en un modelo más educacional que médico o psicodinámico.

El grupo es un buen medio donde se puede observar de manera directa la conducta cognoscitiva, emotiva y motriz, lo cual es una forma más eficaz que conseguir información indirecta. Los individuos ansiosos o irritables que sentirían confianza con una terapia individual y escondieran sus sentimientos son desenmascarados con facilidad en grupo porque se les pide que interactúen con los demás compañeros. Escuchar otros problemas que tienen los miembros del

grupo y la forma en que los manejan, ayuda a los pacientes a emplear estas comunicaciones en su beneficio, pues les ofrece una amplia gama de posibles soluciones a sus problemas prácticos y neuróticos.

Los miembros de un grupo de la TRE se realimentan entre ellos sobre su funcionamiento y sobre lo que se dicen, así mismos, con lo cual adquieren práctica en encontrar a los compañeros sus creencias irracionales y empezar a decirse así mismos sus propias irracionalidades. El solo hecho de revelar problemas íntimos a un grupo de personas es terapéutico para el paciente. Las personas en los grupos manifiestan sucesos y sentimientos ocultos a una docena o más de compañeros, este tipo de apertura puede servir como una experiencia útil de ataque a la vergüenza o al temor al riesgo, en particular si los pacientes son tímidos e inhibidos.

Aunque en la actualidad prevalece la terapia de grupo a pequeña escala, la TRE incluye tres formas importantes de psicoterapia:

Grupos a pequeña escala, con capacidad aproximada de 7 a 13 personas.

Grupos a gran escala, de 50 a 100 o más personas.

Entrenamientos intensivos racionales emotivos, con varios cientos de pacientes.

Para el presente trabajo se utilizarán los aspectos técnicos para realizar los grupos a pequeña escala.

ASPECTOS ESPECIALES DE LA TRE EN TERAPIA DE GRUPO.

Los objetivos más importantes que deben considerar los asistentes a los grupos a pequeña escala son:

Comprender las raíces de sus síntomas y funcionar en sus relaciones intra e interpersonales.

Entender las dificultades de otros miembros del grupo y servirles ayuda.

Minimizar sus perturbaciones básicas para que se sienta bien emocionalmente y se trastornen mucho menos que cuando se unieron al grupo.

Alcanzar un camino conductual y filosófico para aceptar la realidad desagradable, renunciar a los pensamientos mágicos y sabotadores, tomar la responsabilidad total de sus propias dificultades emocionales y abandonar cualquier forma de

autoevaluación, todo esto para aprender a aceptarse por completo a sí mismos y a otros como seres humanos que pueden fallar y cometer errores.

Los terapeutas racional emotivos cuestionan, enfrentan y ayudan a los pacientes a abandonar sus perfeccionismos y dictatorialismo, al animar y empujar a todo el grupo a buscar y a refutar los “deberías”, “debo” y “estoy obligado a”. Tanto el terapeuta como el grupo pueden proponer tareas activas a los participantes, como hablar en voz alta, que serán supervisadas durante las sesiones regulares. Algunas otras tareas como mantener contactos sociales, se realizan fuera del grupo pero se discuten durante las sesiones, pues se ha encontrado que éstos resultan más eficaces cuando las propone y corrige un grupo que cuando solo lo hace el terapeuta.

El número ideal de participantes de un grupo de la TRE va de 7 a 13 personas. Es importante animar a los pacientes en especial a los tímidos o con problemas interpersonales a unirse al grupo puesto que es más terapéutico trabajar sus problemas con los compañeros que de manera individual, sin que diagnosticar sea lo esencial.

Las sesiones de grupo se desarrollan de manera organizada, encabezadas por un psicoterapeuta quien se ocupa de que solo una persona hable a la vez; motiva a la espontaneidad sin perder el orden; anima a cada miembro a que hable sobre sus problemas, en particular a los más silenciosos; asigna tareas específicas para realizar en casa, a los miembros que exponen un problema, y después esas tareas son revisadas.

El terapeuta establece turnos para hablar con el fin de que nadie monopolice el tiempo del grupo y que nadie se distraiga ni evite participar. Al igual que en otras teorías también existen normas internas para el grupo.

MÉTODOS EMPLEADOS.

La técnica más importante de la terapia en grupo de la TRE consiste en que cada miembro exponga un problema común y corriente, como depresión, inferioridad, hostilidad, adicciones y otros. El terapeuta y algunos miembros del grupo le hablan a la persona que manifiesta el problema e intentan descubrir, en primer lugar, su experiencia activadora (A) y su consecuencia conductual-emocional autoderrotista (C). Una vez logrado este paso, le intentan ayudar para que se centre en las creencias importantes e irracionales absolutistas, es decir en el punto (B), que se están creando o causando las consecuencias disfuncionales (C). Estas creencias

irracional son refutadas (B) de manera directa y con fuerza por el terapeuta y el grupo, quienes intentan ayudar a la persona para que aprenda una refutación efectiva y la extrapole a su vida diaria los miembros del grupo también le sugieren unas tareas cognoscitivas y conductuales para refutar las creencias irracionales las cuales se realizan en la siguiente sesión con el objetivo de comprobar si las ha realizado, si debe continuar tal y como esta o si es necesario hacer algún cambio. Durante la terapia de grupo también se emplean los siguientes métodos especiales:

Ejercicios estructurados, como los de enfrentamiento al riesgo, autorevelaciones y ejercicios de ataque a la vergüenza, para poder sacar a la luz y manejar los sentimientos que algunos de los miembros no pueden experimentar de manera normal o en caso de experimentarlos no hablan de ellos.

Se anima a todos los miembros del grupo a que lean libros básicos de la TRE, y cuando inician la terapia se les entrega algunas publicaciones de fácil entendimiento y otros materiales de ayuda.

Existe a disposición de los miembros una gran cantidad de pláticas, talleres, seminarios y grupos especializados de entrenamiento en habilidades, además de terapia grupal.

Se pueden utilizar diferentes técnicas individuales dependiendo el caso. Para realizar lo anterior el papel del terapeuta es importante por lo que a continuación se detalla ampliamente.

ROL DEL TERAPEUTA.

Como ya se ha mencionado, el terapeuta mantiene el orden al asegurar que las personas más calladas intervengan y las demás no hablen demasiado, procurando que la gente exponga sus problemas más importantes. En sí, el papel del terapeuta es activo-directivo a la hora de conducir y dirigir al grupo.

Cuando se trata de refutar creencias irracionales de alguien y de ayudarlo con soluciones prácticas a resolver sus problemas, el terapeuta es quizá el miembro más activo del grupo. Los integrantes hacen preguntas, prueban, enseñan, animan, dan tareas para llevar a casa, presentan ejercicios estructurados, etc.

Los psicoterapeutas de grupo intentan que el proceso activo-directivo de terapia racional emotiva se realice con firmeza y que el proceso del grupo no se deteriore ni genere desánimo, apatía, desorganización, presentación desenfrenada de

sentimientos, anarquía u otras formas de comportamiento que en otras terapias se tolera, e incluso se provoca. (González N. 1999)

Como se ha señalado la TRE se considera como alternativa para trabajar con personas con dependencia afectiva, ya que al analizar las diferentes historias se puede observar que muchas de ellas dolorosas podrían no existir si tan solo las personas supieran como poner límites a la conducta de los suyos, si pudieran hacerse cargo de sus propios vacíos como personas, expresar lo que sienten y tuvieran conciencia de su propio valor como personas, entre otras cosas. Por lo que es importante implementar modalidades de la terapia que les permitan a estas personas tener una mejor calidad de vida. Para este estudio se delimita el trabajo a las esposas de consumidores de drogas que presentan dependencia afectiva.

CARACTERÍSTICAS DE LA DEPENDENCIA AFECTIVA.

En muchas ocasiones se habla de la dependencia a las sustancias sin embargo fue tiempo después cuando se acuñó el término dependencia afectiva; se ha utilizado diferentes definiciones para englobar las características de una persona que presenta gran dificultad en separarse, desprenderse de otra persona y cuya vida gira en torno a servir a otro, sea un hijo alcohólico, un adolescente, un esposo adicto, un padre inválido, un hijo incapacitado, etc. Esto pese a que sea una relación dañina, como en el caso de la dependencia a drogas, en donde hay una negación a mirar los daños, así como una fuerte necesidad de mantener el consumo de la droga, presentan dificultad para sobrepasar síndrome de abstinencia (conjunto de síntomas fisiológicos y emocionales al no consumir) de manera similar ocurre con la dependencia a personas, cambiando el término “droga” por “afecto o persona”. Estas personas dejan de existir para sí mismas, ignoran sus propios sentimientos para ocuparse del otro con la totalidad de su energía.

Existen muchas definiciones para definir que es la codependencia o dependencia afectiva, a continuación se mencionan algunas que engloben las características de ésta.

La palabra codependiente o coadicto proviene de las partículas co: con o necesario, y adicción: esclavitud. Es la persona necesaria para que la esclavitud funcione.

Para Barnetche (2007) es una enfermedad que se caracteriza por la incapacidad para lograr participar en forma positiva en una relación.

Para Melody Beattie (1987) “La persona codependiente es aquella que ha permitido que su vida se vea afectada por la conducta de otra persona y que está obsesionada tratando de controlar esa conducta.

Ella amplía el término de la codependencia encontrando personas seriamente afectadas por otras no solo alcohólicas o drogadictas, como se había puesto anteriormente, sino con personalidades problemáticas, enfermedades crónicas, perturbaciones emocionales y mentales. Descubrió que aunque la relación con la persona problemática terminara, el codependiente busca a otra persona con los mismos problemas o con distintos tipos de enfermedad o incapacidad y seguirá actuando igual, es decir perpetuará su conducta dependiente.

Algo habrá en la persona que la llevará a buscar establecer siempre relaciones que la harán parecer como víctima y llegará a serlo en realidad. De la repetición de éstos conflictos se llegará a la certeza de que la solución no era solo apartarse de la persona problemática, sino trabajar todas aquellas pautas personales que les lleva a mantener este tipo de relaciones y/o buscar siempre estar en este tipo de patrones.

Sharon Wegsneider-Cruse, (citada en Barnetche P. 2007) especialista en el estudio y tratamiento de la codependencia la define como “una condición específica caracterizada por preocupación y extrema dependencia (emocional, social y a veces física de una persona o de un objeto, que termina afectando sus otras relaciones”.

Robert Subby (1987) la define como “una condición emocional, psicológica y conductual que se desarrolla como resultado de la exposición prolongada y la práctica de una serie de reglas opresivas, que impiden la expresión abierta de los sentimientos, así como la discusión directa de los problemas personales e interpersonales”.

Algunas características de las personas con dependencia afectiva descritas por los grupos de codependientes anónimos son:

- 1.- Asumir la responsabilidad por los sentimientos y conductas de otros.
- 2.- Tener dificultad para identificar sentimientos ¿estoy enojado?, ¿triste?, ¿solitario? ¿feliz?
- 3.- Dificultad para expresar los sentimientos: me siento feliz, triste, lastimado, etc.

- 4.- Miedo de cómo los demás van a responder a nuestros sentimientos.
- 5.- Dificultad en formar y mantener relaciones cercanas.
- 6.-Miedo de ser rechazados o lastimados por otros.
- 7.-Perfeccionismo y tendencia a tener demasiadas expectativas de nosotros mismos y los demás.
- 8.- Dificultad para tomar decisiones.
- 9.- Tendencia a minimizar, alterar o negar la verdad de cómo nos sentimos.
- 10.- Las acciones y actitudes de otros determinan las propias reacciones y respuestas.
- 11.- Tendencia a poner las necesidades y deseos de otros antes que los nuestros.
- 12.- El miedo a la ira del otro determina lo que dice o hace.
- 13.- Cuestionar o ignorar los propios valores para relacionarse mejor con otras personas significativas. Se valoran más sus opiniones que las propias.
- 14.- La autoestima se rige por la influencia de los otros. No se reconocen cosas buenas acerca de si mismo.
- 15.- La serenidad y atención mental están determinadas por los sentimientos y conductas de los otros.
- 16.- Se Juzga muy duramente lo que se hace, piensa y dice, por los estándares de los otros.
- 17.- No se considera que ser vulnerables y pedir ayuda sea normal y esté bien.
- 18.- No sabe que está bien hablar de los problemas fuera de la familia; que los sentimientos son solo eso y que es mejor compartirlos que negarlos, minimizarlos o justificarlos.
- 19.- Se tiende a ser muy leales, aún cuando la lealtad sea injustificada y, a veces hasta pueda dañarnos.
- 20.- Se necesita ser necesitado para poder relacionarse con los demás.

Otras características son:

El codependiente es una persona que depende emocional, psicológicamente, espiritual, física o financieramente de otra persona obviamente enferma, incapacitada o necesitada.

Melody Beattie(citada en Barnetche P. 2007) en su libro “codependent no More”, señala que en el fondo de esta enfermedad está “el demonio de la baja autoestima”, y que además es demasiado responsable y está demasiado involucrada con las necesidades, deseos, pensamientos y actos de otra persona lo que afecta todas sus relaciones.

Por lo tanto un paso importante es lograr que la persona codependiente reconozca su sufrimiento, su necesidad de ayuda y que su vida empieza o no está funcionando bien, que la persona se deteriora física, mental, psicológica y espiritualmente, y si no se trata puede llegar hasta la muerte.

Esta enfermedad a medida que avanza, lleva a una incapacidad de juicio cada vez mayor, a una ceguera que impide ver la realidad, a una confusión mental y emocional que hace dudar de las percepciones y de los propios sentimientos llegando a tolerar situaciones de extrema violencia en sus diferentes facetas tanto para la persona como para los seres queridos que están a su alrededor; algo similar ocurre en la adicción a sustancias.

En estados avanzados aparece una incapacidad para juzgar el estado de las cosas, así como una negación de la realidad. La persona no ve ninguna salida y empieza a manifestar cierta tolerancia al mal, que muestra no solo con gritos, golpes y destrozando cosas, sino en su indiferencia en chantajes y maltrato. Esta tolerancia al mal se da junto con una incapacidad total de sentir, un bloqueo absoluto de los sentimientos, y se llega a convertir en una forma de complicidad con el enfermo o dependiente.

Por otra parte como la persona no conoce otra manera de vivir; se resigna y poco a poco cae en una depresión o estado emocional y/o psicológico grave de tal manera que aun los medicamentos dejan de actuar para devolver el deseo de vivir.

En etapas avanzadas, el único camino que se ve como salida es la muerte: la muerte propia o de quien causa el sufrimiento.

No se tiene la capacidad de ver otras alternativas y poco a poco la persona se deja morir, descuidando primero su casa, su persona y finalmente su salud. (Barnetche P. 2007)

Como se ve este problema es serio y propone un estudio profundo para descubrir, que sí hay otras alternativas e implementar un modo de intervención que sea eficaz para estas personas.

NECEDESIDADES DE TRATAMIENTO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.

Como ya se describió, éste serio problema requiere de estrategias de intervención específicas y eficaces, que permitan de una manera comprensiva y humana, que estas personas reconozcan la raíz de sus temores, angustias y soledad, y que les ayude a desarrollar las habilidades específicas que les son vitales, sin generar que se vuelvan a etiquetar, como ineficaces o ineficientes.

Es importante que identifiquen todas las ideas irracionales que se han ido generando como la generalización, los debes de, tienes que, etc., si no eres... Dichos pensamientos les generan gran dificultad para interactuar libremente en sus relaciones interpersonales, entre otras cosas por lo que ésta es una importante arista a trabajar. Por otra parte es de vital importancia que generen las habilidades necesarias, así como descubran su gran valía como personas y su derecho a ser respetadas, comenzando por hacerlo ellas mismas.

De acuerdo a lo anterior se eligió el modelo cognitivo-conductual bajo el enfoque de Racional Emotiva, a partir de la cual se valorará su eficacia en el tratamiento con éstas personas.

JUSTIFICACIÓN.

Con el presente estudio se buscó encontrar y desarrollar una intervención que permitiera dar atención a una fuerte demanda de mujeres que acuden a los servicios de CAPA, las características de las mujeres que acuden al centro son:

Mujeres entre los 20 y 50 años de edad, que muestran rasgos del trastorno dependiente de la personalidad, esposas de alcohólicos y/o consumidores de drogas, se observan con fuerte afección emocional y gran dificultad para realizar cambios.

En la comunidad de Ecatepec estado de México se detecta un fuerte problema de consumo de alcohol y drogas, siendo las esposas con las características antes citadas, las que acuden al servicio, ya que el usuario no desea dejar el consumo, por lo que es de suma importancia desarrollar intervenciones que permitan dar atención a ésta población con la cual hasta el momento no se ha diseñado un programa de tratamiento específico.

Se parte del supuesto de que la terapia grupal ayuda en la recuperación de familiares de consumidores con dependencia al alcohol y/o drogas, por lo que se considera que: La TRE (Terapia Racional Emotiva) en la modalidad grupal, sí logra cambios en las mujeres con rasgos de trastorno dependiente de la personalidad esposas de usuarios con dependencia al alcohol y/o drogas.

RELEVANCIA DEL ESTUDIO.

Dado los antecedentes relacionados con la TRE y los pocos trabajos que se han reportado con este enfoque la presente investigación pretende evaluar la eficacia de la TRE bajo el modelo de la Terapia Cognitivo Conductual con esposas de consumidores de drogas que presentan rasgos de trastorno dependiente de la personalidad como una herramienta de intervención eficaz.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿La terapia Racional Emotiva bajo el modelo cognitivo conductual logra cambios en las mujeres con trastorno Dependiente de la personalidad esposas de usuarios consumidores de alcohol y/o drogas?

Objetivo Principal.

Conocer cuál es el impacto de la terapia grupal Racional Emotiva (TRE) en las mujeres con dependencia afectiva esposas de usuarios con dependencia al alcohol.

Objetivos Específicos.

-Identificar qué elementos de la terapia grupal benefician a las personas con trastorno de personalidad dependiente.

MÉTODO.

TIPO DE ESTUDIO.

Se realizó una investigación cualitativa exploratoria ya que ésta nos permitiría conocer los discursos de la experiencia vivida por cada participante. La técnica que se utilizó fue con grupos focales.

La técnica de los grupos focales se enmarca dentro de la investigación socio-cualitativa, entendiendo a ésta como proceso de producción de significados que apunta a la indagación e interpretación de fenómenos ocultos a la observación de

sentido común. Además, se caracteriza por trabajar con instrumentos de análisis que no buscan informar sobre la extensión de los fenómenos (cantidad de fenómenos), sino más bien interpretarlos en profundidad y detalle, para dar cuenta de comportamientos sociales y prácticas cotidianas.(Valsilachis 1993)

Los grupos focales constituyen una técnica cualitativa de recolección de información basada en entrevistas colectivas y semiestructuradas. Para el desarrollo de esta técnica se elaboran guías previamente diseñadas (Aubel 1993)

Se realizaron entrevistas grupales de modalidad semi-dirigida con las asistentes a terapia grupal, donde se favoreció la discusión sobre la eficacia de la terapia grupal cognitivo conductual, sus mejorías y experiencias al haber participado en esta intervención.

DURACIÓN DEL ESTUDIO.

El estudio tuvo una duración de cuatro meses.

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.

Se trabajó con mujeres que acudían a consulta al Centro de Atención Primaria Para Las Adicciones (CAPA) cuya característica era ser esposas de consumidores de drogas, cuya edad oscilaba entre los 30 y 50 años de edad, y que presentaban rasgos del trastorno dependiente de la personalidad.

e) CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Mujeres con edad entre 30 y 50 años.
- Que presenten rasgos del trastorno dependiente de la personalidad.
- Que sean esposas de usuarios de drogas.

f) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Que presentaran comorbilidad con una psicopatología grave como trastorno psicótico, trastorno límite de la personalidad, o trastorno depresivo mayor.
- Que se identifique daño neurológico severo.

h) PROCEDIMIENTO.

A las participantes se les realizó una fase diagnóstica, las que cubrieron con los criterios de inclusión se les aplicó, un pretest antes de ingresar a tratamiento y se les incorporó a la intervención.

El estudio se realizó en la sala de juntas del Centro de Atención Primaria Para Las Adicciones (CAPA) , sitio donde se logró mantener privacidad, así como evitar interferencias, dichas condiciones facilitaron el intercambio, así como el registro de la sesión.

Al concluir se formaron los grupos Focales, los cual fueron audiograbados y al finalizar el tratamiento se les aplicó el postest.

La evaluación y realización del grupo focal se realizó mediante un moderador que fue un psicólogo ajeno al terapeuta que guió las sesiones lo anterior para evitar presión en las asistentes. Así mismo éste mismo fungió como observador tomando nota de las actitudes y reacciones de las participantes que proporcionen información para la investigación.

Al obtener la información se organizaron los datos por temas o preguntas, para realizar el análisis de resultados.

Finalmente se hizo una transcripción de los contenidos, para comparar las diferentes opiniones y contrastarlas con las observaciones realizadas.

15. INSTRUMENTOS.

Se utilizó una guía de entrevista para los grupos focales y además un cuestionario pre-tratamiento y post-tratamiento (ver anexo I y II). La entrevista tenía una duración de una hora aproximadamente.

16. ETICA Y CONFIDENCIALIDAD.

A las participantes se les pidió la autorización para grabar la entrevista explicándoles los objetivos del trabajo asegurándoles la confidencialidad y el anonimato, podían abandonar la entrevista en el momento que así lo quisieran. (Ver anexo III)

17. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Se realizaron 10 sesiones grupales con una duración de 120 minutos cada una, los días lunes miércoles y viernes. Se realizó la terapia con 6 mujeres que estaban en tratamiento, cuyas edades oscilaban entre 30 y 50 años, con escolaridad de secundaria inconclusa, secundaria concluida y carrera técnica. Su ocupación actual era el hogar, ventas, lavar y planchar, aseo en casas y dos de ellas eran promotoras de la salud. Se realizó el grupo focal con cinco participantes ya que la sexta no concluyó la intervención por motivos personales.

El problema principal por el que solicitaron ayuda fue el que tenían que ayudar a sus hijos y/o a su esposo, y por su propio malestar emocional debido a continuos conflictos con su pareja a causa del alcohol.

A continuación se muestra una tabla comparativa de los datos obtenidos en la evaluación inicial (pre) y la evaluación final (post).

Cuadro 1.1

PRE- EVALUACIÓN			POST-EVALUACIÓN.		
TEMAS	No. *	CALIF.**	TEMAS	No	CALIF
Dificultad para tomar decisiones.	4	5		4	2
	1	3		1	1
Dificultad para expresar desacuerdo. Por temor a reacciones de la pareja. (enojo, amenaza de irse, etc)	6	5		6	1
	3	4		3	2
	1	2		1	3
Falta de confianza en su propio juicio. (inseguridad)	2	5		2	1
	2	4		3	2
	1	3			
Tolerar cosas desagradables por necesidad de	3	5		5	1

protección.	3	4		1	4
Sentimientos de desamparo/ Temor de poder cuidar de sí misma.	7 9	5 4		10 4 2	1 2 4
Sentimientos de angustia, Miedo al abandono, al rechazo y a la soledad.	8 2	5 4		7 3	1 2
Dificultad para decir No	2 2	5 4		3 2	1 1
Necesidad de permanecer cerca de una persona pese a recibir un mal trato.	2 2 1	5 4 1		5	1
Sentimientos de gran responsabilidad por los sentimientos, acciones y bienestar de la pareja.	3 1	5 4		3 1	1 2
Sentimientos de culpa por reacciones y/o lo que le ocurre a su pareja.	9 1	5 4		9 1	1 2
Buscar continuamente afirmación y aprobación.	3 1 1	5 3 1		4 1	1 3
Buscar complacer a la pareja y no a ti.	4 1	5 4		2 2 1	1 2 4

Medir valía a partir de resolver problemas. (Autoestima baja).	4 1	5 4		3 1 1	1 2 4
Sentimientos de estar atrapada en las relaciones de pareja.	4 1	5 2		2 3	1 2
Tendencia a beber, fumar, trabajar en exceso, comer, etc después de un conflicto.	3 1 1	5 4 1		3 1 1	1 2 4
Enfermedades médicas.	4 1	5 4		2 1 2	2 1 4
Tendencia a minimizar, racionalizar y/o justificar los conflictos.	5	5		4 1	1 2
Mentir o exagerar un problema antes de analizar posibles soluciones.	1 1 2 1	5 4 2 1		5	1

*. No. Se refiere al número de personas que respondieron en las preguntas que evalúa esa área y una misma persona pudo haber puntuado en otras áreas.

** Calif se refiere a las categorías cuyas calificaciones corresponde a:

5 totalmente De acuerdo, 4 De acuerdo, 3 indiferente, 2 En Desacuerdo, 1 Totalmente en desacuerdo.

Como se muestra en el cuadro anterior si hubo una notable mejoría que se ve reflejada en cuanto a la dificultad para tomar decisiones; para expresar desacuerdos por temor a reacciones de la pareja (enojo, amenaza de irse, etc); en la falta de confianza en su propio juicio (inseguridad), Tolerar cosas desagradables por necesidad de protección, sentimientos de desamparo caracterizados por el temor de no poder cuidar de sí mismas tanto en lo afectivo, económico, salud y bienestar.

También disminuyeron los sentimientos de angustia, miedo al abandono, al rechazo y a la soledad; lo mismo reportaron en el grupo focal

“Han ido disminuyendo, claro que todavía los estamos manejando no, bueno yo en mi caso todavía los estoy manejando, porque en algún momento si llego a sentir otra vez esa soledad pero yo misma regreso y empiezo, no, no debo de pensar así, no estoy sola así, y este, y lo he podido manejar, no al cien por ciento pero si ya lo he podido manejar y he podido sentirme muy diferente.”

“A mí me ayudó muchísimo sí, ya que yo también tenía ese miedo, pero ahora, ahora me da risa, después de tanto tiempo perdido”.

“También nos ayuda a ver, bueno los puntos que se estuvieron viendo, a ver qué vamos a tolerar y que no debemos tolerar y no permitir más allá”.

Otro aspecto importante de resaltar es que después de la intervención grupal hubo disminución en aspectos tales como la dificultad para decir no, la necesidad de permanecer cerca de una persona pese a recibir un mal trato, los sentimientos de gran responsabilidad por los estados de ánimo, acciones y bienestar de la pareja, sentimientos de culpa por reacciones de su pareja y/o lo que le ocurre a ésta por mencionar algunos como puede observarse en el cuadro y en lo expresado en los grupos focales.

“si me ayudo a tener más seguridad y a decir a todo, bueno no a todo, a decir No con seguridad”.

“Si me ayudó ya le pude decir que No varias veces”.

“En definitiva ese punto este en donde uno deja de sentir.. este, hay pues ya no hice las cosas como él decía y ya se enoja o ya puso la cara y fue porque yo dije que no, no la verdad es que, es su problema él lo va a resolver y yo sigo normal como debo de seguir”.

“En cuanto a sentirme responsable de los sentimientos y acciones de él, aprendí que no debo de cargar con cosas que no son mías”.

Estos resultados se corroboran con lo expresado por Ellis quien refiere que durante el proceso con la TRE todos estos sentimientos van disminuyendo conforme van cambiando el pensamiento o la idea irracional, muchos de los constructos que ellas tenía son concepciones de muchos años, por lo que al modificarlos por concepciones más funcionales, ellas continúan trabajando diario con su forma de concebir los eventos para fortalecer el nuevo constructo.

En cuanto a buscar complacer a la pareja y no a ella, y el que su valor como persona radicara en el resolver problemas también hubo cambios, en cuanto a presentar dolores físicos tales como, colitis migrañas, dolores musculares, et que si bien no desaparecen en su totalidad en tres de cinco participantes reportaron disminución de estos malestares. Estas mejorías son los cambios que ellas mismas han podido observar en su vida cotidiana, en la interrelación con su medio ambiente ya que se perciben con mayor capacidad y habilidad para enfrentar lo anteriormente mencionado.

“me ayudó bastante emocionalmente, estaba yo muy mal y mi autoestima subió mucho”

A continuación se muestran los aspectos en los que no se encontró cambio significativo.

Cuadro 1.2

PRE- EVALUACIÓN			POST-EVALUACIÓN.		
TEMAS	No	CALIF	TEMAS	No	CALIF
Darse tiempo para aficiones sin culpa.	3	1		3	1
	1	4		1	2
	1	5		1	5
Tendencia a resolver problemas cotidianos, emocionales,	5	5		4	1
	2	4		2	2

económicos, etc. De los demás incluyendo a su pareja.	1	3		4	4
	2	2			
Negar sus propios sentimientos.	4	5		3	4
	1	2		1	2
				1	1
Incomodidad ante cumplidos (autoestima)	2	5		3	4
	1	4		1	2
	2	2		1	1

El darse tiempo para hacer cosas que a ellas les gustan son situaciones que les genere culpa lo anterior podría estar relacionado con la creencia de no ser merecedoras de diversión y felicidad otorgadas por ellas mismas.

Ellis sustenta que la causa de que el pensamiento falle se encuentra en las creencias y falsas suposiciones no reconocidas. Para Ellis y Harper (1975) las verbalizaciones internas, son inconscientes, lo que impide que la persona pueda manejarlo, de ésta manera actúa basándose solo en información parcial o distorsionada, respondiendo con frecuencia a situaciones de manera automática, sin percibirlas.

A partir de lo anterior será importante continuar trabajando que las pacientes hagan consiente el constructo de: “no ser merecedoras de diversión y felicidad otorgadas por ellas mismas”, con lo que ellas logren cambiar ese pensamiento irracional y sustituirlo por otro más funcional, para que a su vez logren permitirse realizar actividades que sean placenteras a nivel personal”, por ende los sentimientos disfuncionales como tristeza y enojo, se vayan reemplazando por emociones más adaptativas.

Otro aspecto es la tendencia a resolver problemas cotidianos, emocionales, económicos, etc., de los demás incluyendo a su pareja, que tienen que ver con el desplazamiento de la necesidad de protección, puede también relacionarse con la creencia de ser amados o adquirir valor, a través de asumir conductas de cuidadoras, que este es un rol de género el cual tiene que cumplir lo que la hace ser buena madre, buena mujer, buena esposa. Lo que va vinculado de cierta

manera con negar sus propios sentimientos que este es un factor en que no se logró cambios significativos, por temor a ser juzgada, etiquetada, lastimada, así como por priorizar ayudar a la pareja o a los demás. Otro aspecto a continuar trabajando es la autoestima, evaluada en un apartado con la (Incomodidad ante cumplidos) que denota que aún les cuesta trabajo reconocer y aceptar su gran valor como personas.

La teoría racional emotiva afirma que en el fondo de una alteración psicológica existe la tendencia en los seres humanos a realizar evaluaciones de carácter absoluto sobre los hechos que se van percibiendo a lo largo de la vida, las cuales se verbalizan en forma de debeísmos. La TRE sostiene que estas cogniciones absolutistas son el rasgo principal de las alteraciones emocionales y conductuales. Que es un aspecto que se contempla continuar trabajando con las pacientes.

18. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Como lo muestran los resultados la terapia racional emotiva aplicada al grupo les ayudó a superar diferentes aspectos que les llevaban a éstas mujeres a malestares en sus estados afectivos y de salud. Es importante mencionar que muchas de estas mujeres son diagnosticadas con episodios de depresión mayor, cuadros ansiosos, etc, y muchas veces son medicadas y tratadas por dicho aspecto, pero no se les envía a este tipo de terapias lo que las puede llevar a estar muchos años sin tener mejoras, e incluso con el paso del tiempo pueden irse agravando hasta llegar a la ideación o intento suicida al sentir que no hay salida, o recurrir al consumo de drogas, etc. por lo que sería importante que se tomara en cuenta y que se realizara una valoración para que pudieran tener tratamiento integral y de esta manera se verían beneficiadas..

Es importante señalar que el estar dentro de la terapia grupal les ayudó a no victimizarse, ellas lograron darse cuenta que no son las únicas a las que les sucede eso, les ayudó el escuchar las experiencias de sus compañeras que vivían situaciones similares y la manera en que lo han ido superando.

Otro factor clave en su recuperación fue el desarrollo de habilidades tales como lograr decir no sin sentirse culpables, expresar lo que piensan sienten y quieren de manera positiva (asertividad), aprender a detectar, manejar y cambiar sus pensamientos negativos para lograr un mayor control emocional (manejo de emociones), conocer y crear nuevas formas de solución, les permitieron enfrentar de manera más efectiva las diferentes conflictivas de su vida cotidiana, cabe señalar que este aspecto se vio favorecido por la interacción grupal ya que en terapia individual les llevaría mucho más tiempo generarlas.

Lo anterior las ha llevado a sentirse con mayor capacidad para enfrentar su vida, aminorar malestares emocionales y no ver el suicidio como una alternativa.

Por lo anterior se puede concluir que la terapia racional emotiva si es eficaz para lograr cambios en mujeres con rasgos dependientes de la personalidad.

Dentro de las limitantes de esta investigación fue el tiempo, la terapia tuvo una duración de diez sesiones, por lo que sería importante incluir mayor numero de sesiones que permitan a las participantes practicar y ejercitar las habilidades aprendidas, así como continuar trabajando su autoestima.

Finalmente es importante incluir a los hijos en programas similares esto quedaría como una propuesta para futuras investigaciones, ya que al vivir en dinámicas familiares tan complejas y con múltiples conflictos, presentan también malestares emocionales, conductuales, y que pueden detonar a su vez en consumo de drogas, entre otras cosas.

Se considera de gran importancia que los centros y unidades de atención a las adicciones incluyan programas validados que puedan brindar atención eficaz a ésta población.

19. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aubel J. (1993) Guidelines for studies using the group interview technique, OIT, Ginebra.
- Barnetche P. (2007) Quiero ser libre. Ed. Patria, México.
- Barriguete C. (2005). Las adicciones son curables un enfoque terapéutico actual. Ed. Diana, México.
- Beattie. M. (1987) Codependent no More. Hazelden Foundation. Harper and Row Publishers, Inc.
- Dicaprio, N. (1989). Teorías de la personalidad. Ed. McGraw-Hill. México
- Ellis, A. (1989). Practica de la terapia Racional emotiva. Ed. Descleé de Brovmer. España.
- Ellis, A. y Abrahms, E. (1980). Terapia Racional Emotiva. Ed. Pax-Mex. México.
- Garfield, S. (1994). Psicología Clínica. Ed. El manual moderno. México.
- Graña G.J.L. (1994). Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento. Ed. Debate. España,
- Greenendenberg D. (1995). El control de tu estado de ánimo. Ed. Paidós. Barcelona.
- González N. (1999). Teoría y técnicas de terapia Grupal. Ed Trillas, México.
- Howard M. Como romper con su adicción a una persona. Ed. McGraw-Hill. Barcelona España. Año.
- Lopez-Ibor A. Diagnóstico and Statistical Manual de Mental Disorders, DSM-IV-TR. Ed. Elsevier Masson. Primera Edición en español de la cuarta edición revisada. American Psychiatric Association, Washington. España 2002.
- Subby R. (1987)Lost in the Shuffle. The codependent Reality, Health Communications, Inc. Deerfield Beach. Florida.
- Vasilachis de Gialdino I. (1993) Métodos cualitativos I. C.E.A.L. Bs. As.
- Wegscheider- Cruse S. (1985) Health Communications, Inc. Choice-Marking. Florida.

CRONOGRAMA.

CRONOGRAMA.	Noviembre	Diciembre	Enero.	Febrero.	Marzo.
Diseño de investigación.	X				
Realización de marco teórico.		X			
Aplicación de terapia Grupal.			X	X	
Aplicación de 1er grupo Focal				X	
Análisis de resultados					X

ANEXO I.

CUESTIONARIO PRE Y POST- TRATAMIENTO

Cuestionario Pre Tratamiento.

Ha experimentado sentimientos de angustia, soledad, miedo al interactuar en sus relaciones personales (pareja, familia y conocidos)?

Considera usted tener dificultad en relación a los siguientes apartados De acuerdo a la siguiente escala marque en qué medida siente que se encuentra:

5 totalmente de acuerdo	4 De acuerdo	3 Indiferente	2 En desacuerdo	1 Totalmente en desacuerdo
--	-------------------------------	--------------------------------	--	---

1.- Te cuesta trabajo tomar decisiones cotidianas si no cuenta con excesivo aconsejamiento, aprobación y reafirmación por parte de los demás. 1 2 3 4 5

2.- Te genera preocupación que otros dejen de asumir apoyo en áreas de tu vida, como por ejemplo en lo económico, alimentación, salud, casa, etc. Por mínimo que éste sea.

3.-Dificultad para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación. Sin incluir los temores reales a un castigo.

4.- Se te dificultad iniciar proyectos o hacer las cosas a tu manera (Debido a falta de confianza en tu propio juicio o creencia de poca capacidad más que a una falta de motivación o energía)

5.- Tiendes a tolerar o aceptar cosas que te desagradan, por su necesidad de lograr protección, apoyo y cercanía de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables.

6.-Sentimientos de incomodidad o desamparado cuando estas sola debido temor a ser incapaz de cuidar de tí misma.

7.- Cuando terminas una relación importante, buscas urgentemente otra que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesitas.

8.- Presentas gran preocupación por miedo al abandono o al rechazo, lo que te lleva a no expresar lo que te desagrada o decir NO a lo que no quieres hacer, lo que te lleva a comportamientos de sumisión, apego y temor de separación.

9.- Sientes una fuerte necesidad de que alguien este a tu lado y se preocupe u ocupe de ti.

10.- Sientes una gran necesidad de estar cerca de alguna persona, pese a recibir en muchas ocasiones mal trato de ésta.

Preguntas abiertas Pre.

1.- Te ves forzada a ayudar a tu pareja a resolver sus problemas emocionales, cotidianos, económicos, etc? (por ejemplo, ¿ofreces consejos que no te piden o cuando te das cuenta ya estas resolviendo el conflicto que él tenía que resolver?

2.- Te sientes muy responsable de los sentimientos, pensamientos, acciones, necesidades y bienestar de tu pareja?.

3.- ¿Tratas de complacer a tu pareja y nunca a ti misma?

4.-¿Creciste en un medio de demasiados deberías?

5.- Tiendes a ignorar problemas que surgen con tu pareja y pretender que no existen?

6.- ¿Creciste en una familia problemática donde continuamente había discusiones, gritos, peleas, separaciones, golpes, insultos, descalificaciones, etc; Reprimida en donde no se podía externar lo que sentían los miembros de la familia por miedo a las reacciones de uno o varios miembros de ésta, Químicamente dependiente a alguna sustancia como el alcohol o alguna droga; o en una familia disfuncional.

7.- ¿Si no puedes aportar en algún aspecto o no logras resolver un problema o una situación en concreto, sientes que no vales?

8.- ¿Te sientes incomoda cuando te alaban o te hacen algún cumplido?

9.- ¿Te sientes atrapada en las relaciones?

10.- ¿Te permites otorgarte tiempo para aficiones, hacer ejercicio o algún pasatiempo sin sentirte culpable?

11.- ¿Dices muy seguido que no toleras más ciertas conductas de tu pareja sin embargo continuas viviéndolas, tolerándolas por temor a las reacciones de tu pareja?

12.- ¿Mientes o exageras un problema antes de analizar su posible solución?

13.- ¿Buscas continuamente afirmación y aprobación?

- 14.- ¿Tienes miedo a tu propia ira?
- 15.- ¿Sin darte cuenta buscas personas necesitadas para ayudarlas?
- 16.- ¿Tratas de guardar tus sentimientos para ti mismo y pones buena cara?
- 17.- ¿Te sientes culpable cuando descansas más de lo acostumbrado por lo que si llegas a flojear te excusas?
- 18.- ¿Sientes que si no te llevas bien con tu pareja es tu culpa?
- 19.- ¿Tiendes a comer más o menos de lo debido, tomar tranquilizantes, trabajar más de la cuenta, fumar o beber alcohol después de tener conflictos con tu pareja?
- 20.- ¿Tienes diferentes problemas médicos como colitis, úlceras, hipertensión, asma dolores de cabeza o espalda?
- 21.- Tienes miedo al abandono a la soledad o al rechazo?
- 22.- Tiendes a minimizar los problemas, a racionalizarlos y frecuentemente dices: "Si pero va a cambiar... Sí pero esta vez yo tuve la culpa de que reaccionara así... Ayer te grito, insulto, te amenazó, te golpeo y te humillo... Sí pero hoy me trajo flores y dijo que me quiere y que ya no le diga esas cosas que lo hacen enojar..."
- 23.- ¿Te encuentras continuamente culpándote a ti de lo que ocurre o a los demás sin buscar soluciones?

Cuestionario Post Tratamiento.

De acuerdo a la siguiente escala marque en qué medida considera mejoró:

5 totalmente de Acuerdo.	4 De acuerdo.	3 indiferente	2 En desacuerdo	1 Totalmente en desacuerdo
---	--	--------------------------------	--	---

1.- Te cuesta trabajo tomar decisiones cotidianas si no cuenta con excesivo aconsejamiento, aprobación y reafirmación por parte de los demás. 1 2 3 4 5

2.- Te genera preocupación que otros dejen de asumir apoyo en áreas de tu vida, como por ejemplo en lo económico, alimentación, salud, casa, etc. Por mínimo que éste sea.

3.-Dificultad para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación. Sin incluir los temores reales a un castigo.

4.- Se te dificultad iniciar proyectos o hacer las cosas a tu manera (Debido a falta de confianza en tu propio juicio o creencia de poca capacidad más que a una falta de motivación o energía)

5.- Tiendes a tolerar o aceptar cosas que te desagradan, por su necesidad de lograr protección, apoyo y cercanía de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables.

6.-Sentimientos de incomodidad o desamparado cuando estas sola debido temor a ser incapaz de cuidar de tí misma.

7.- Cuando terminas una relación importante, buscas urgentemente otra que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesitas.

8.- Presentas gran preocupación por miedo al abandono o al rechazo, lo que te lleva a no expresar lo que te desagrada o decir NO a lo que no quieres hacer, lo que te lleva a comportamientos de sumisión, apego y temor de separación.

9.- Sientes una fuerte necesidad de que alguien este a tu lado y se preocupe u ocupe de ti.

10.- Sientes una gran necesidad de estar cerca de alguna persona, pese a recibir en muchas ocasiones mal trato de ésta.

Preguntas abiertas Post.

1.- Te ves forzada a ayudar a tu pareja a resolver sus problemas emocionales, cotidianos, económicos, etc? (por ejemplo, ¿ofreces consejos que no te piden o cuando te das cuenta ya estas resolviendo el conflicto qué él tenía que resolver?

2.- Te sientes muy responsable de los sentimientos, pensamientos, acciones, necesidades y bienestar de tu pareja?.

3.- ¿Tratas de complacer a tu pareja y nunca a ti misma?

4.-¿Creciste en un medio de demasiados deberías?

5.- Tiendes a ignorar problemas que surgen con tu pareja y pretender que no existen?

6.- ¿Creciste en una familia problemática donde continuamente había discusiones, gritos, peleas, separaciones, golpes, insultos, descalificaciones, etc; Reprimida en donde no se podía externalizar lo que sentían los miembros de la familia por miedo a las reacciones de uno o varios miembros de ésta, Químicamente dependiente a alguna sustancia como el alcohol o alguna droga; o en una familia disfuncional.

7.- ¿Si no puedes aportar en algún aspecto o no logras resolver un problema o una situación en concreto, sientes que no vales?

8.- ¿Te sientes incomoda cuando te alaban o te hacen algún cumplido?

9.- ¿Te sientes atrapada en las relaciones?

10.- ¿Te permites otorgarte tiempo para aficiones, hacer ejercicio o algún pasatiempo sin sentirte culpable?

11.- ¿Dices muy seguido que no toleras más ciertas conductas de tu pareja sin embargo continuas viviéndolas, tolerándolas por temor a las reacciones de tu pareja?

12.- ¿Mientes o exageras un problema antes de analizar su posible solución?

13.- ¿Buscas continuamente afirmación y aprobación?

- 14.- ¿Tienes miedo a tu propia ira?
- 15.- ¿Sin darte cuenta buscas personas necesitadas para ayudarlas?
- 16.- ¿Tratas de guardar tus sentimientos para ti mismo y pones buena cara?
- 17.- ¿Te sientes culpable cuando descansas más de lo acostumbrado por lo que si llegas a flojear te excusas?
- 18.- ¿Sientes que si no te llevas bien con tu pareja es tu culpa?
- 19.- ¿Tienes a comprar cosas compulsivamente, comer más o menos de lo debido, tomar tranquilizantes, trabajar más de la cuenta, fumar o beber alcohol?
- 20.- ¿Tienes diferentes problemas médicos como colitis, úlceras, hipertensión, asma dolores de cabeza o espalda?
- 21.- Tienes miedo al abandono a la soledad o al rechazo?
- 22.- Tienes a minimizar los problemas, a racionalizarlos y frecuentemente dices: "Si pero va a cambiar... Sí pero esta vez yo tuve la culpa de que reaccionara así... Ayer te grito, insulto, te amenazó, te golpeo y te humillo... Sí pero hoy me trajo flores y dijo que me quiere y que ya no le diga esas cosas que lo hacen enojar..."
- 23.- ¿Te encuentras continuamente culpándote a ti de lo que ocurre o a los demás sin buscar soluciones?

ANEXO II

GUIA DE ENTREVISTA

1. En qué aspectos de tu vida considera que te ayudó la terapia
2. Qué cambios observaste en ti a partir de la terapia?
3. Como te sentiste dentro de la terapia Grupal.
4. Considera que la dinámica que se llevó a cavo fue adecuada y le ayudó a resolver su conflictiva?
5. Han disminuido los sentimientos de angustia, soledad, miedo al abandono, miedo a interactuar con tu pareja?
6. Ha disminuido el miedo a expresar lo que sientes, piensas y quieres?
7. Logras decir NO sin sentirte angustiada, con miedo al abandono o culpable.
8. Lograste dejar de culparte por lo que le ocurre o supones le sucederá a tu esposo o pareja, si no continuas a su lado.
9. Se cumplieron las expectativas que tenías?
10. Qué les hubiera gustado que se trabajara dentro de la terapia que no se hizo
11. Si se hiciera un taller qué les gustaría que tuviera y qué temas se deberían de trabajar

ANEXO III.

Consentimiento Informado

Estamos realizando un estudio que nos permita detectar los aspectos que contribuyan a la eficacia del tratamiento en el abordaje de problemas que viven *las esposas o parejas de consumidores de alcohol, tabaco y/o drogas*, con el fin de identificar las intervenciones terapéuticas eficaces, así como otros aspectos que faciliten la rehabilitación ante este tipo de problemas.

Por tal motivo, estamos solicitando su participación a fin de conocer la percepción que usted tiene acerca de su experiencia terapéutica.

Su participación consiste en acudir a una sesión de presentación, descripción de reglas grupales y conocimiento de expectativas hacia la terapia, a 10 sesiones de terapia grupal con una duración entre 90 minutos, y por último una sesión de evaluación y descripción de sus experiencias y avances a partir de la terapia, la cual será audiograbada, solicitando su consentimiento para ello.

Es de suma importancia comentarles que la información que se obtenga será utilizada solo para los propósitos del estudio, y se mantendrá en total anonimato su identidad, aún en la cinta audiograbable no se mencionará su nombre y lo que se grabará es solo su experiencia y percepción de la terapia grupal.

Si usted decide no participar, será respetada su decisión y esto no afectará el proceso de atención que se encuentre recibiendo.

Aceptamos participar en el estudio. En el entendido que mi identidad se mantendrá en anonimato y la información será utilizada sólo para los propósitos del estudio.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del investigador

Testigo

Testigo

ANEXO IV.

OBJETIVOS GRUPALES.

SESION A pre.

Objetivo: Realizar Presentación grupal, realizar el establecimiento de rapport., encuadre terapéutico, de reglas grupales, escucha de expectativas. Finalmente realizar la aplicación de cuestionarios.

Material. Espacio amplio, con buena iluminación que permita movimiento grupal, fotocopias de los instrumentos.

Duración: 90 minutos.

Sesión 1.

Objetivo: Que las participantes identificación la herida original de la cual se desprende el miedo extremo, angustia, etc. Con lo cual se pretende lograr que hagan conscientes y den sentido a las ideas irracionales que se desprenden a partir de ello.

Material: Hojas blancas, lápiz y goma.

Duración: 90 a 120 minutos.

Sesión 2.

Objetivo: Que las participantes identifiquen las principales ideas irracionales que les llevan a realizar las conductas disfuncionales.

Material: Viñetas.

Duración: 90 a 120 minutos.

Sesión 3.

Objetivo: Que las participantes logren incrementar su autoestima, así como percatarse del gran valor que poseen como personas, se otorguen a sí mismas respeto, aceptación, confianza en ellas mismas y afecto.

Material: Reproductor de Cd. Cintas audiograbadas para cada participante que lo solicite.

Duración: 90 a 120 minutos.

Sesión 4.

Objetivo: Que las participantes adquieran la habilidad de expresar lo que sienten, piensan y desean de manera asertiva, venciendo el miedo a decir NO. Así como refuercen la sustitución de pensamientos de abandono al decir No.

Material: Espacio amplio que permita movimiento grupal. Reproductor de Cd.

Duración: 90 a 120 minutos.

Sesión 5.

Objetivo: Que las participantes logren identificar sus límites propios así como mantenerlos y respetarlos ante los demás sin culpa ni miedo.

Material: Espacio amplio que permita movimiento grupal. Reproductor de DVD.

Duración: 90 a 120 minutos.

Sesión 6.

Objetivo: Que las participantes logren alcanzar un reconocimiento emocional, expresión y manejo de éstas sin culpa. Así mismo identifiquen la intervención de los pensamientos y creencias disfuncionales en la aparición de emociones negativas.

Material: Espacio amplio que permita movimiento grupal.

Duración: 90 a 120 minutos.

Sesión 7.

Objetivo: Que las participantes logren dejar de etiquetarse (no sirvo, no puedo con eso, necesito de alguien más, etc.) y contrarresten sentimientos de inutilidad e indefensión a partir de que generalizan y clasifican a partir de ideas irracionales. Por su parte que sustituyan este pensamiento por pensamientos mas adaptativos.

Material: Espacio amplio que permita movimiento grupal.

Duración: 90 a 120 minutos.

Sesión 8.

Objetivo: Que las participantes logren identificar pautas sanas de resolución de conflictos, así |como practiquen dicha habilidad.

Material: Espacio amplio que permita movimiento grupal.

Duración: 90 a 120 minutos.

Sesión 9.

Objetivo: Que las pacientes identifiquen sus redes de apoyo la importancia de éstas y de saber que no es malo pedir ayuda y hablar, por el contrario es una parte importante en la que pueden apoyarse y recurrir cuando lo necesiten.

Material: Hojas blancas, cartulinas y rotafolios.

Duración: 90 a 120 minutos.

Sesión 10.

Objetivo: Que las participantes identifiquen las características de una relación de pareja funcional que coadyuva al |crecimiento personal. Cierre del proceso de terapia Grupal.

Material: Reproductor DVD, CD.

Duración: 90 a 120 minutos.

Sesión B Post.

Objetivo: Evaluar los cambios y avances de las participantes después de haber tomado la terapia. Para lo cual se aplicaran dos instrumentos, así como se grabarán las percepciones de las participantes.

Material: Copias de instrumentos, una grabadora.

Duración: 90 a 120 minutos.